

腹膜后血肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/303/2021\\_2022\\_\\_E8\\_85\\_B9\\_E8\\_86\\_9C\\_E5\\_90\\_8E\\_E8\\_c22\\_303379.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E8_85_B9_E8_86_9C_E5_90_8E_E8_c22_303379.htm) 名称腹膜后血肿所属  
科室普通外科临床表现腹膜后血肿缺乏特征性临床表现，且  
随出血程度、血肿范围有较大差异。腹痛为最常见症状，部  
分病人有腹胀和腰背痛、合并出血性休克者占1/3。血肿巨大  
或伴有渗入腹膜腔者可有腹肌紧张和反跳痛、肠鸣音减弱或  
消失。腹部大血管（腹主动脉及下腔静脉）损伤引起的腹膜  
后血肿，90%以上由穿透伤所致。由于迅速大量出血，多数  
病人死于现场，送抵医院经抢救后死亡率亦达70%。进行性  
腹胀和休克提示本诊断，应在积极抗休克的同时，立即剖腹  
控制出血。诊断凡有腹痛、腹胀和腰背痛、出血性休克、腹  
肌紧张和反跳痛、肠鸣音减弱或消失的腹部、脊柱和骨盆创  
伤，均应考虑腹膜后血肿的可能。X线检查，可从脊柱或骨  
盆骨折、腰大肌阴影消失和肾影异常等征象，提示腹膜后血  
肿的可能。B型超声和CT检查常能提供可靠的诊断依据。腹  
膜后血肿也常伴有腹膜刺激征（肠麻痹、压痛和反跳痛、肌  
紧张等），这给确定有无腹内脏器伤带来困难。不伴大血管  
或重要脏器伤的单纯腹膜后血肿，腹膜刺激征出现较晚且稍  
微，抗休克治疗后多能奏效。诊断性腹腔穿刺常可与腹腔内  
出血鉴别，但穿刺不宜过深，以免刺入腹膜后血肿内，以致  
误认为腹腔内出血而行剖腹探查。若诊断不能肯定，严密观  
察是绝对必要的。治疗腹膜后血肿的治疗应遵循腹部损伤的  
总原则，但对各种类型和部位血肿的处理，应有所不同。穿  
透性腹部损伤并发腹膜后血肿，在处理腹腔脏器伤后，应进  
一步探查血肿，因该类损伤常累及腹膜后脏器和大血管。上

腹部腹膜后血肿常是腹膜后十二指肠或胰腺损伤的特征，应作Kocher切口，向左翻起十二指肠及胰头，探查十二指肠第1、2段，切断Treitz韧带，进一步探查十二指肠第3、4段及全胰腺。对稳定型肾四周血肿不伴休克及大量血尿者，可予非手术治疗。必要时静脉肾盂造影明确诊断，仍不能确诊或出血不止，肾动脉造影不失为诊断肾动脉及肾损伤的精确方法，且可兼行栓塞治疗，控制出血。非手术治疗无效者，应手术探查。首先控制肾带再切开筋膜，仔细探明肾损伤程度后酌情处理。腰椎骨折所致的腹膜后血肿，宜以非手术治疗，有时因血肿巨大破入腹腔，腹部有移动性浊音，腹腔穿刺阳性，而难与腹内脏器伤区别时，可按腹内脏器伤处理。单纯骨盆骨折所致的腹膜后血肿，出血一般可自行停止，手术探查多无必要。若经积极抗休克治疗，循环仍不稳定，血肿继续增大，可考虑结一侧或双侧髂内动脉。若手术发现血肿局限于盆腔而又不扩大，毋需切开，以免引起严重而难以控制的出血。大血管损伤性腹膜后血肿，在探查血肿前应作好充分预备，包括输血、血管阻断和修复吻合等。为了良好的显露，可沿左侧结肠旁沟无血管区切开侧腹膜，将降结肠、脾、胃、胰体尾部及左肾一并向右侧翻起。采用胸腹联合切口，可良好显露降主动脉下端和肾以上的主动脉。迅速探明血管损伤情况后，阻断裂口近远端的血流，进行修补。穿透伤常贯穿血管的前后壁，如无法将血管翻转，可先通过前壁裂口修补后壁，然后修补前壁裂口。如主动脉壁缺损无法修补，宜行血管移植。下腔静脉单纯裂伤可予缝合修补。若缺损较大，尤其是肾静脉水平以上的损伤，宜用血管补片修复。如下腔静脉损伤广泛，上述方法不适用，可行血管移植或

下腔静脉结。位于肾静脉水平以下的严重损伤或伴有复合伤者，多主张下腔静脉结，既能达到止血，又可预防肺梗塞。而位于肾静脉水平以上的则不宜采用结的方法，因结这一部位的下腔静脉，常可引起致命的后果。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)